Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 30 oktober 2013, kenmerk 162133-112084-mc houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering in verband met verwerking zorgvraagzwaarteindicator geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (Regeling zorgvraagzwaarte cGGZ)

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op artikel 87 Zorgverzekeringswet;

Gezien de uitspraken van het College van Beroep voor het bedrijfsleven (LJN: BN3056, BV8297 en BZ 6194);

Gezien het Bestuurlijk Akkoord toekomst GGZ 2013-2014 (Kamerstukken II, 2011/12, 25 424, nr. 183 en Bijlage);

Gezien het rapport van de Werkgroep Zorgvraagzwaarte (Bijlage bij Kamerstukken II 2013/14, 25 424, nr. 229);

Gezien het Onderhandelingsresultaat geestelijke gezondheidszorg 2014-2017 (Bijlage bij Kamerstukken II 2012/13, 29 248, nr. 257);

Gezien het advies van het College bescherming persoonsgegevens (Bijlage bij Kamerstukken II 2013/14, 25 424, nr. 229);

Besluit:

Artikel I

De Regeling zorgverzekering wordt als volgt gewijzigd:

A
In artikel 1 wordt na vervanging van de punt aan het slot van onderdeel bb door een puntkomma twee onderdelen toegevoegd, luidende:
cc. rapport *zorgvraagzwaarte*: Rapport Zorgvraagzwaarte GGZ; Eindadvies werkgroep zorgvraagzwaarte; Definitieve versie (1.0), bijlage bij Kamerstukken II 2013/14, 25 424, nr. 229;
dd. *zorgvraagzwaarte*: zorgvraagzwaarte zoals beschreven in het rapport zorgvraagzwaarte.

B
Artikel 7.2 wordt gewijzigd als volgt:

1. Voor de tekst van artikel 7.2 wordt het cijfer 1. geplaatst.
2. Na het eerste lid van artikel 7.2 worden twee leden toegevoegd, luidende:

   2. Mits vermeld in een declaratieregeling voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg beschikt de verzekeraar over het gegeven zorgvraagzwaarte van de verzekerde met het oog op de uitvoering van formele en materiele controle ten behoeve van de in artikel 7.1, tweede lid, aangegeven doelen en de uitvoering van artikel 7.4a.
   3. De zorgautoriteit kan in een declaratieregeling, bedoeld in het tweede lid, en onder daarbij te stellen voorwaarden, voorschriften of beperkingen, bepalen dat de verplichting tot verstrekken van het gegeven zorgvraagzwaarte bij uitzondering niet van toepassing is.

C
Artikel 7.3 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het eerste lid van artikel 7.3 wordt de zinsnede "in artikel 7.2, onderdeel a tot en met g" vervangen door: in artikel 7.2, eerste lid, onderdeel a tot en met g, en tweede lid.
2. In het tweede lid van artikel 7.3 wordt de zinsnede "in artikel 7.2, onderdeel i" vervangen door: in artikel 7.2, eerste lid, onderdeel i, en tweede lid.

D
In het eerste lid van artikel 7.4 wordt de zinsnede "in de artikelen 7.5 tot en met 7.9" vervangen door: in de artikelen 7.2, derde lid, en 7.5 tot en met 7.9.

Artikel II

Deze regeling treedt in werking op de tweede dag na de dag waarop de regeling met de bijbehorende toelichting in de Staatscourant wordt geplaatst.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers

Toelichting

Inhoud

Algemeen Deel

I Inleiding

A. De regeling op hoofdlijnen

Deze regeling strekt ertoe duidelijkheid te scheppen dat zorgverzekeraars ten behoeve van formele[1] en materiële[2] controle het gegeven zorgvraagzwaarte kan verwerken van de individuele verzekerde die aanspraak maakt op de prestatie geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. Deze regeling vult de Regeling zorgverzekering (Rzv) aan. Het gegeven mag alleen worden verwerkt indien de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) dat heeft vastgelegd in een declaratieregel voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. Alleen dan zijn zorgaanbieders wettelijk verplicht en bevoegd het gegeven zorgvraagzwaarte (in de vorm van de zorgvraagzwaarteindicator) op de declaratie te vermelden. Het advies van het College bescherming persoonsgegevens (Cbp) is in deze toelichting verwerkt (Hoofdstuk V).

Met deze regeling wordt een daartoe noodzakelijke expliciete wettelijke basis geschapen voor de zorgaanbieders het beroepsgeheim te doorbreken en gegevens te verstrekken betreffende de zorgvraagzwaarte, noodzakelijk voor de uitvoering van de formele en materiële controle door zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars verrichten die controles ten behoeve van de in artikel 7.1, tweede lid, Rzv limitatief vermelde doelen[3].

Het gegeven zorgvraagzwaarte is een "ruwe" inschatting van de aard, inhoud en omvang van de zorgvraag van de individuele verzekerde. De zorgvraagzwaarte wordt uitgedrukt in een getal van een tot en met zeven. Achter dat getal gaan de scores schuil van een viertal parameters, die de behandelaar ook nu al per patiënt registreert. Alleen de behandelaar kent de scores. De optelling van de scores tot een zorgvraagzwaarteindicator is niet te herleiden tot de achterliggende parameters. Met enkel het zorgvraagzwaarte gegeven is het voor de verzekeraar derhalve niet te beoordelen of de geleverde prestatie voor de individuele verzekerde de meest aangewezen prestatie is gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde en daarmee is een individuele declaratie enkel op grond van de zorgvraagzwaarteindicatie moeilijk af te wijzen.
De zorgvraagzwaartegegevens van alle verzekerden van een zorgaanbieder geven wel een beeld van de praktijk van de aanbieder. Op grond van vergelijking met andere zorgaanbieders kan een eerste stap worden gezet met betrekking tot materiële controle als bedoeld in de regeling[4]. Na die stap kunnen vervolgstappen inzake materiële controle worden gezet mits dat noodzakelijk is.

---

[1] Artikel 1, onderdeel t, Regeling zorgverzekering definieert formele controle: een onderzoek waarbij de zorgverzekeraar nagaat of het tarief dat door een zorgaanbieder voor een prestatie in rekening is gebracht:
1°. een prestatie betreft, welke is geleverd aan een bij die zorgverzekeraar verzekerde persoon;
2°. een prestatie betreft, welke behoort tot het verzekerde pakket van die persoon,
3°. een prestatie betreft, tot levering waarvan de zorgaanbieder bevoegd is, en
4°. het tarief betreft, dat voor die prestatie krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg is vastgesteld of een tarief is dat voor die prestatie met de zorgaanbieder is overeengekomen.
[2] Artikel 1, onderdeel u, Regeling zorgverzekering definieert materiële controle: een onderzoek waarbij de zorgverzekeraar nagaat of de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie is geleverd en die geleverde prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde.
[3] Zie hoofdstuk II, onderdeel B @PM
[4] Artikel 7.4 Regeling zorgverzekering

Met inbegrip van de belangen van alle betrokkenen sluit van alle onderzochte mogelijke alternatieven de zorgvraagzwaarteindicator het beste aan bij de praktijkvoering van de behandelaar, kan de zorgverzekeraar zijn controles uitvoeren en wordt de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de verzekerde het minst beperkt.

Met deze aanvulling wordt beoogd ook tegemoet te komen aan de uitspraken van het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBb) inzake het vermelden van diagnose-informatie op de declaratie[5] en aan knelpunten die verzekeraars ervaren bij het uitvoeren van de zorgverzekering en van hun wettelijke controletaken als geformuleerd in artikel 7.1, tweede lid, Rzv.

Bij deze regeling wordt de bestaande wettelijke structuur gehandhaafd waarbij de zorgautoriteit op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) bepaalt welke informatie op de declaratie moet worden vermeld (38, derde lid, WMG). In deze regeling wordt expliciet opgenomen dat de NZa daarbij bevoegd is onder daarbij te stellen voorwaarden, voorschriften of beperkingen, te bepalen dat de verplichting tot verstrekken van het gegeven zorgvraagzwaarte bij uitzondering niet van toepassing is[6].

Deze regeling gaat alleen over de verstrekking en verwerking van het gegeven zorgvraagzwaarte ten behoeve van de uitvoering van de zorgverzekering en de Zorgverzekeringswet. De in deze regeling geschetste randvoorwaarden voor het verwerken van persoonsgegevens gelden ten algemene.

Bij de totstandkoming van de regeling en de verwerking van het advies van het CBP zijn de belangen van alle betrokkenen zorgvuldig meegewogen. In de Rzv is expliciet opgenomen dat zorgaanbieders verplicht zijn hun medewerking te verlenen aan de overeenkomstig die regeling uitgevoerde materiële controle en uitgevoerd fraudeonderzoek. Die verplichting blijft onverkort gelden na de inwerkingtreding van onderhavige regeling.

B. De gezamenlijke opvatting van overheid en veld

Alle belangen zijn aan de orde geweest en afgewogen vastgelegd in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 dat de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op 18 juni 2012 met diverse organisaties in de ggz-sector heeft gesloten[7]. In dat akkoord is in relatie tot het uitwisselen van informatie over de zorgvraagzwaarte van patiënten, het volgende opgenomen:

> *"Partijen zijn van oordeel dat somatiek en GGZ qua informatievoorziening gelijk behandeld dienen te worden. Partijen hebben afgesproken een gezamenlijke doorontwikkelagenda te maken, die gericht is op het opnemen van zorg(vraag)zwaarte in de productstructuur. Voor het jaar 2013 zal deze informatie gepseudonimiseerd worden aangeleverd. Vanaf 2014 is de informatie op persoonsniveau beschikbaar. Als randvoorwaarden bij deze doorontwikkelagenda gelden de vigerende privacyregelgeving, gelijkblijvende*

---

[5] Zie Hoofdstuk IV, paragraaf A
[6] Het College van Beroep voor het bedrijfsleven heeft in de zaak KDVP versus NZa bepaald dat de huidige vrijstellingregeling van de NZa voldoet aan de eisen die het CBb in eerdere uitspraken daaraan heeft gesteld: BZ 6194
[7] Kamerstukken II 2011/12, 25 424, nr. 183 en Bijlage

administratieve lasten en gelijke toegang tot informatie voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars" .

Naar aanleiding van deze afspraak hebben de bij het bestuurlijk akkoord betrokken organisaties een werkgroep in het leven geroepen {de werkgroep zorgvraagzwaarte (zvz)}. Deze werkgroep heeft de opdracht gekregen het begrip zorgvraagzwaarte-informatie te operationaliseren, uitgaande van gegevens die op dit moment al door zorgaanbieders worden geregistreerd[8]. De werkgroep zvz stond onder voorzitterschap van een inhoudelijk expert en bestond verder uit vertegenwoordigers van GGZ Nederland, ZN, de NVvP, de NVVP, het NIP, de LVE en het LPGGZ en enkele inhoudelijke experts vanuit individuele zorgaanbieders en verzekeraars. De Stichting Benchmark Ggz (SBG) en Stichting DBC-Onderhoud (DBC-O) hebben deelgenomen als adviserend lid. Het rapport van de werkgroep is op 11 april 2013 in een bestuurlijk overleg met de ondertekenende partijen vastgesteld. In het rapport is een voorstel opgenomen voor de introductie van een zogenaamde 'zorgvraagzwaarteindicator'. {Rapport Zorgvraagzwaarte GGZ; Eindadvies werkgroep zorgvraagzwaarte; Definitieve versie (1.0)}. Over de werkgroep meer in hoofdstuk III, paragrafen B en C.

De partijen hebben inmiddels een nieuw onderhandelaarsresultaat bereikt.

In de schriftelijke vastlegging van het onderhandelaarsresultaat die op 16 juli 2013 aan het parlement is gezonden[9] hebben GGZ Nederland (GGZ N), Landelijk Platform GGz (LPGGz), Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (NVVP), Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), Platform MEER GGZ, Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het voornemen geuit vanaf 1 januari 2014 met de vermelding van het gegeven zorgvraagzwaarte op de declaratie te starten.

De onderhandelaars zijn daarbij het volgende overeengekomen:

- Partijen hebben unaniem veel waardering voor het werk en het eindproduct van de werkgroep zorgvraagzwaarte, de zorgvraagzwaarteindicator versie 1.0;
- Partijen gaan akkoord met een doorstart van de werkgroep zorgvraagzwaarte. Financiering geschiedt in 2013 vanuit de middelen voor het LSKS;
- Partijen vinden de zorgvraagzwaarteindicator die er nu ligt, geschikt als basis voor verdere doorontwikkeling (in een lerende omgeving), voor registratie door zorgaanbieders op individueel niveau, en als taal voor informatie-uitwisseling over zorgvraagzwaarte tussen zorgaanbieders en verzekeraars tot een verbeterde versie van de zorgvraagzwaarteindicator is ontwikkeld. Partijen zullen de indicator op deze manier gaan gebruiken;
- Partijen zijn het erover eens dat er (bestuurlijke) afspraken nodig zijn met alle individuele verzekeraars, over de manier waarop verzekeraars wel en niet gebruik zullen maken van de zorgvraagzwaarteinformatie die met behulp van

[8] Het gaat in het bijzonder om informatie die nu al wordt geregistreerd ten behoeve van het DBC Informatie Systeem (DIS), Routine Outcome Monitoring en het declaratieverkeer.
[9] Zie het onderhandelaarsresultaat geestelijke gezondheidszorg 2014-2017 (Bijlage bij Kamerstukken II 2012/13, 29 248, nr. 257, paragraaf 4)

de zorgvraagzwaarteindicator versie 1.0 wordt uitgewisseld (gedragscode);

- Partijen onderschrijven het eindperspectief dat de zorgvraagzwaarteindicator op persoonsniveau via de declaratie moet worden uitgewisseld, vergelijkbaar met de somatiek, mits dit binnen de vigerende privacyregels toelaatbaar is;
- Partijen gaan akkoord met het (voorafgaand aan de zorginkoop/ verkoopgesprekken voor 2014) aanleveren van een bestand aan verzekeraars, met daarin gepseudonimiseerde gegevens op individueel niveau over de zorgvraagzwaarte van patiënten gekoppeld aan DBC's die in 2011 zijn geopend;
- VWS heeft de Nza gevraagd om voorbereidingen te treffen om de zorgvraagzwaarteindicator op de declaratie op te nemen, in afwachting van het advies van het CBP;
- Conform eerdere afspraken hebben partijen vastgesteld dat in het proces (ministeriële regeling, CBP-advies, ICT) geen belemmeringen zitten om de zorgvraagzwaarte indicator op 1-1-2014 op de declaratie te hebben. VWS heeft het CBP op 5 juni 2013 om advies gevraagd en we schakelen het ICT-traject parallel. Dat laatste zegt uiteraard niets over het inhoudelijke advies van het CBP.

II Declaraties en het zorgverzekeringstelsel

A. Korte beschrijving politieke context en wettelijke taken verzekeraars

De overheid heeft uitdrukkelijk gekozen voor het wettelijk verzekeringsysteem zoals vorm gegeven bij of krachtens de Zvw, uitgaande van het navolgende basisprincipe. In dat verzekeringsysteem, met een wettelijke verplichting voor iedere individuele burger zich te verzekeren tegen het risico van ziektekosten bij een verzekeraar die de zorgverzekering en de Zvw uitvoert, is een strikte relatie tussen de prestatie waarop de individuele verzekerde gelet op zijn gezondheidstoestand is aangewezen, de prestatie waarvoor de individuele verzekerde bij of krachtens de Zvw is verzekerd, de aan deze door een zorgaanbieder geleverde prestatie, het in verband met die prestatie in rekening gebrachte tarief en het door de verzekeraar aan de zorgaanbieder te betalen of aan de individuele verzekerde te vergoeden bedrag voor de kosten van die prestatie. De verzekeraar moet kunnen vaststellen dat die strikte relatie er is, inclusief of de behandeling gelet op de gezondheidstoestand van de verzekerde het meest aangewezen was. Kan de verzekeraar die relatie niet vaststellen dan kan voormeld risico niet ten laste van de zorgverzekering worden gebracht. De verzekeraar is bovendien strafbaar als hij een declaratie met een onjuiste prestatiebeschrijving betaalt of vergoedt.

De prestatie wordt door de NZa vastgelegd in een prestatiebeschrijving op basis van de WMG. Als de zorgaanbieder declareert moet hij daarbij de prestatiebeschrijving hanteren die bij de geleverde prestatie hoort. De WMG schrijft dan ook voor dat op de declaratie altijd het tarief én de daarbij behorende prestatiebeschrijving moet worden vermeld. De NZa mag daarbij nog nadere regels stellen betreffende het door zorgaanbieders specificeren van op verrichte prestaties betrekking hebbende declaraties. Daar wordt verderop in deze toelichting nader op ingegaan. De prestatiebeschrijving speelt in het verkeer tussen zorgaanbieder, verzekerde en zorgverzekeraar een centrale rol.

Zonder het uitvoeren van formele en materiële controles kan de zorgverzekeraar die hiervoor bedoelde relatie niet controleren. Als gevolg daarvan zou de NZa, die toezicht houdt op de uitvoering van de zorgverzekering en de Zvw door de verzekeraar, niet kunnen vaststellen dat de zorgverzekeraar aan de voor hem uit de Zvw en de zorgpolis voortvloeiende verplichtingen heeft voldaan. De NZa heeft normen gesteld over de door zorgverzekeraars te bereiken gewenste mate van zekerheid over rechtmatigheid en doelmatigheid van declaraties (bijvoorbeeld in de GGZ een betrouwbaarheid van ten minste 95% en een nauwkeurigheid – of tolerantie – van 3%). Wordt daaraan voldaan dan acht de NZa de uitvoering door de zorgverzekeraar van de zorgverzekering en de Zvw op dat punt voldoende.

De zorgverzekeraar kan natuurlijk alleen verantwoordelijk worden gehouden voor de uitvoering van zorgverzekering en Zvw als de zorgverzekeraar over voldoende instrumenten en informatie beschikt om die verantwoordelijkheid ook waar te kunnen maken. In dat licht heeft de wetgever geregeld dat de verzekeraar de mogelijkheid heeft formele en materiële controle te verrichten op een wijze waarbij de bescherming van de medische persoonsgegevens van de verzekerde zo groot mogelijk is (zie wettelijk kader hierna). Ingevolge de voor de verzekeraar geldende wet- en regelgeving is deze gehouden te controleren op zowel rechtmatigheid als op doelmatigheid van behandelingen die voor vergoeding in aanmerking komen op grond van de zorgverzekering (art. 7.5 Rzv; zie ook Stcrt. 2010, nr. 10581).

B. Wettelijk kader materiële controle

Artikel 87, eerste en tweede lid, Zvw ziet op de gegevensuitwisseling bij natura- respectievelijk restitutieverzekering: de zorgaanbieder verstrekt de persoonsgegevens, waaronder persoonsgegevens betreffende de gezondheid van de verzekerde zoals bedoeld in de Wbp, die voor de zorgverzekeraar noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de zorgverzekering aan de zorgverzekeraar bij de naturaverzekering (87, eerste lid, Zvw) en aan de patiënt/verzekerde bij restitutie (87, tweede lid, Zvw). Bij de aanvraag van restitutie *kan* de verzekerde de gegevens aan de verzekeraar verstrekken. Bij restitutie is er (nog) geen wettelijke verplichting voor de zorgaanbieder om de gegevens van de patiënt/verzekerde aan diens zorgverzekeraar te leveren.

De zorgverzekeraar mag op grond van artikel 7.1, tweede lid, Rzv, indien noodzakelijk voor de uitvoering van de zorgverzekering of van de Zvw, persoonsgegevens, waaronder persoonsgegevens betreffende de gezondheid als bedoeld in de Wbp gebruiken voor het verrichten van formele dan wel materiële controle ten behoeve van:
- de gehele of gedeeltelijke betaling aan een zorgaanbieder;
- de gehele of gedeeltelijke vergoeding aan een verzekerde van het in rekening gebrachte tarief voor een aan een verzekerde geleverde prestatie;
- de vaststelling van de eigen bijdragen van een verzekerde;
- de vaststelling van een verplicht of vrijwillig eigen risico van een verzekerde, en
- het verrichten van fraudeonderzoek, en voorts
- voor het verrichten van verhaalsrecht.

De wijze waarop de zorgverzekeraar en zorgaanbieder betrokken zijn bij de

uitvoering van materiële controle is door de wetgever, met instemming van NZa, Cbp, verzekeraars en zorgaanbieders, met afweging van alle betrokken belangen strak en evenwichtig geregeld in de Rzv (Hoofdstuk 7). Op grond van artikel 7.4 van die regeling verricht de zorgverzekeraar materiële controle op de wijze zoals bepaald in de artikelen 7.5 tot en met 7.9 van die regeling (in deze regeling uitgebreid met artikel 7.2, derde lid). Die bepalingen bieden volop waarborgen voor een zorgvuldige en stapsgewijze controle, waarbij de bescherming van medische persoonsgegevens zo veel mogelijk is gewaarborgd. De zorgaanbieder is enkel verplicht zijn medewerking te verlenen aan de overeenkomstig die bepalingen uitgevoerde materiële controle door de verzekeraar. Kortheidshalve wordt voor een nadere beschrijving van het wettelijk kader en het proces verwezen naar de uitgebreide toelichting bij de wijziging van genoemde regeling (Stcrt. 2010, nr. 10581).

C. Declaratieregelingen NZa en persoonsgegevens

Zoals hierboven al is aangegeven worden in artikel 7.1, tweede lid, Rzv de doelen omschreven waarvoor gegevens bedoeld in artikel 7.2 van die regeling mogen worden gebruikt voor het uitvoeren van formele en materiële controle. Het is evident dat de gegevens waarover de verzekeraar beschikt om het basisprincipe van de zorgverzekering te kunnen handhaven toereikend moeten zijn om de formele en materiële controle uit te kunnen voeren.

In artikel 7.2 worden in de onderdelen c tot en met f de volgende gegevens genoemd:
c. de prestatiebeschrijving van de aan de verzekerde geleverde prestatie;
d. wanneer de prestatie is geleverd;
e. het voor de geleverde prestatie in rekening gebrachte tarief;
f. de gegevens die op grond van een declaratieregeling moeten worden verstrekt.

Zorgaanbieders brengen op grond van artikel 38, tweede lid, van de WMG een tarief in rekening onder vermelding van de daarbijbehorende prestatiebeschrijving. De verzekeraars toetsen de rekeningen/declaraties door middel van formele en materiële controles volgens vorenbedoelde regeling.
De NZa heeft als toezichthouder op de Zvw normen gesteld waaraan de formele en materiële controle door verzekeraars moet voldoen. De NZa kan op grond van artikel 38, derde lid, aanhef en onder b, WMG nadere regels stellen betreffende het door zorgaanbieders specificeren van op verrichte prestaties betrekking hebbende rekeningen. De NZa heeft daarmee de bevoegdheid in een declaratieregeling op te nemen welke gegevens naar haar oordeel noodzakelijk zijn om voldoende inzicht te geven in de aard, inhoud en omvang van de geleverde prestatie met het oog op een voldoende uitvoering van formele en materiële controle van in rekening gebrachte tarieven voor prestaties.
Op grond van beschikbare informatie moeten zorgverzekeraars kunnen nagaan of het tarief dat door een zorgaanbieder voor een prestatie in rekening is gebracht:
1°. een prestatie betreft, welke is geleverd aan een bij die zorgverzekeraar verzekerde persoon;
2°. een prestatie betreft, welke behoort tot het verzekerde pakket van die persoon;
3°. een prestatie betreft, tot levering waarvan de zorgaanbieder bevoegd is, en
4°. het tarief betreft, dat voor die prestatie krachtens de WMG is vastgesteld of –

indien die wet daartoe de vrijheid biedt - een tarief is dat voor die prestatie met de zorgaanbieder is overeengekomen.

Daarnaast moeten zorgverzekeraars kunnen nagaan of de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie is geleverd en of die geleverde prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde (materiële controle).

De NZa moet zich dus vergewissen of verzekeraars met die informatie kunnen voldoen aan de door de NZa opgelegde norm en aan formele en materiële controle en indien noodzakelijk zorgaanbieders te verplichten meer of gedetailleerdere persoonsgegevens, waaronder met het oog op het te bereiken doel, medische persoonsgegevens, aan verzekeraars te verstrekken.

Bij de beoordeling of een declaratieregeling tot stand moet worden gebracht kijkt de NZa niet alleen naar de noodzakelijkheid van de gegevens maar ook naar de wijze waarop de zorgaanbieder die noodzakelijke gegevens aan de verzekeraar die de formele en materiële controle moet verrichten verstrekt.

Heeft de NZa in een declaratieregeling de nadere gegevens vastgesteld die moeten worden gespecificeerd op de declaratie, dan zijn zorgaanbieders op grond van artikel 7.3 van de regeling gehouden deze te verstrekken aan zorgverzekeraars dan wel aan verzekerden op grond van artikel 87, eerste respectievelijk tweede lid, Zvw. Met de nadere declaratieregeling op grond van artikel 38, derde lid, WMG beschikken zorgaanbieders over het wettelijk kader dat volgens artikel 21, tweede lid, van de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) noodzakelijk is om hun beroepsgeheim te doorbreken en de gegevens aan de zorgverzekeraars te verstrekken. Indien de NZa na een zorgvuldige afweging met inachtneming van het voorgaande en alle betrokken belangen en hierna aangegeven randvoorwaarden voor de verwerking van persoonsgegevens de declaratieregeling tot stand heeft gebracht, is er voor een eigen afweging van zorgaanbieders met betrekking tot de doorbreking van het beroepsgeheim en verstrekking van gegevens geen plaats meer. De zorgverzekeraars hebben ingevolge artikel 7.1, tweede lid, van de regeling de bevoegdheid de op de declaratie vermelde persoonsgegevens te verwerken.

D. Waarborgen zorgverzekeraars bij verwerking persoonsgegevens

Zorgverzekeraars hebben hun declaratiesystemen zo ingericht dat op een zorgvuldige wijze wordt omgegaan met privacygevoelige gegevens. Teneinde een zorgvuldige omgang met deze medische persoonsgegevens te waarborgen is een gedragscode 'Verwerking persoonsgegevens zorgverzekeraars' opgesteld waaraan zorgverzekeraars zich dienen te houden. Deze gedragscode is met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens goedgekeurd door het CBP.[10] Verder is er door zorgverzekeraars een uniforme maatregel 'Privacy afhandeling declaraties' opgesteld over de wijze waarop zorgverzekeraars omgaan met declaratiegegevens. Deze voor zorgverzekeraars verplichte norm maakt inzichtelijk hoe het afhandelen van declaraties op adequate en verantwoorde wijze dient plaats te vinden. Zorgverzekeraars hebben de afgelopen jaren een solide systematiek van functionele eenheden binnen hun administratie opgezet waarmee voorkomen wordt dat 'tot de persoon herleidbare gezondheidsgegeven' oneigenlijk

[10] Staatscourant 2012, nr. 401

gebruikt kunnen worden of aan derden bekend kunnen worden en waarmee de privacy van patiënten langs die weg goed geborgd wordt. Functionele eenheden bestaan uit deskundige medewerkers van verzekeraars die voor specifieke doeleinden betrokken zijn bij de verwerking van persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid.

III Materiële controle en zorginhoudelijke informatie

A. Knelpunten controle zorgverzekeraars

De zorgverzekeraars ervaren knelpunten bij het uitvoeren van hun wettelijke controletaken in de ggz. Zoals aangegeven hebben zorgverzekeraars de wettelijke taak bij declaraties met voldoende mate van zekerheid te controleren of de gedeclareerde zorg is geleverd en of deze zorg het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde (gepast gebruik c.q. doelmatigheid). Dat leidt uiteindelijk tot een schade-uitkering die tot een individuele verzekerde herleidbaar moet zijn.

In de ggz kunnen zorgverzekeraars met betrekking tot de te controleren ingediende declaraties geen verbandanalyses en waarschijnlijkheidsanalyses uitvoeren op *patiënt*niveau, omdat er op dat niveau tot nu toe geen informatie beschikbaar is over de zorgvraagzwaarte. De productstructuur DBC GGZ maakt maar beperkt inzichtelijk welke zorg wordt geleverd (zoals hierna wordt toegelicht). Daarom is het voor een zorgverzekeraar thans niet mogelijk om aan de hand van deze analyses op de declaratiegegevens een adequate inschatting te maken of de declaratie passend is bij de zorgvraag(zwaarte) van de patiënt. De zorgverzekeraar kan zo dus niet in het materiële controleproces vaststellen "of de gedeclareerde zorg het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde".

De DBC GGZ productstructuur met de daaraan gekoppelde declaratiesystematiek kent geen tot beperkte informatie over de diagnose. Er zijn een beperkt aantal hoofddiagnosegroepen gedefinieerd die zeer uiteenlopend van aard, inhoud en omvang zijn. Er zijn een aantal groepen met een redelijke mate van consistentie in de onderliggende primaire diagnoses zoals depressieve stoornissen (de onderliggende diagnoses zijn niet zichtbaar voor de zorgverzekeraar) en er zijn groepen die volledig in-transparant zijn over de onderliggende diagnoses zoals de groep 'overige stoornissen in de kindertijd' en de 'restgroep diagnoses'. Daardoor is ook niet altijd duidelijk of er sprake is van verzekerde zorg. Bovendien geeft de productstructuur ook alleen beperkte informatie over de behandeling, namelijk alleen informatie over de tijdsinzet en het al dan niet verblijven in een instelling en bijvoorbeeld niet over het type behandeling en de behandelaren. De zorgverzekeraar krijgt op of bij de declaratie dus geen informatie over de feitelijke zorgvraag c.q. zorgvraagzwaarte van de verzekerde, geen tot beperkte diagnostische informatie en alleen beperkte informatie over de behandeling. Hierdoor ontbreekt het referentiekader voor verband- en waarschijnlijkheidanalyses van ggz-declaraties als eerste stap in het formele en materiële controle proces. Elke declaratie kan in dat geval in principe te hoog of te laag zijn in vergelijking tot de zorg die redelijkerwijs was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde (de indicatie). Ook kan niet worden

gecontroleerd op het uitsluiten van onderscheiden prestaties die binnen een zelfde periode zijn geleverd en die daarom niet alle (al dan niet in combinatie) in rekening mogen worden gebracht.

Het onvermijdelijke gevolg van het niet vermelden van bedoelde zorgvraagzwaarteinformatie op of bij de declaratie is dat een zorgverzekeraar, ten behoeve van het bereiken van de door de NZa gewenste mate van zekerheid over rechtmatigheid en doelmatigheid van declaraties in de GGZ (een betrouwbaarheid van ten minste 95% en een nauwkeurigheid – of tolerantie – van 3%), in het kader van het uitvoeren van haar materiële controle moet overgaan op het structureel uitvoeren van detailcontroles bij alle declaraties. Met andere woorden, de verzekeraar zal om voldoende zekerheid te krijgen dat de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte declaratie is geleverd of dat de geleverde zorgprestatie het meest was aangewezen gelet op de gezondheidstoestand van de verzekerde, genoodzaakt zijn om over te gaan tot materiële controle op detailniveau (7.5, eerste lid, Rzv). Slechts enkel door raadpleging van het medisch dossier van de individuele patiënt/verzekerde is dan immers een voldoende mate van zekerheid te verkrijgen. Dit houdt een grote mate van inbreuk op de privacy van verzekerden in omdat hiervoor de persoonlijke dossiers ter beschikking gesteld dienen te worden voor detailcontrole. Indien blijkt dat alternatieve informatie voorhanden is die hetzelfde doel bewerkstelligt is een structurele detailcontrole al snel disproportioneel.

Terzijde wordt opgemerkt dat algehele structurele detailcontrole ook leidt tot een onevenredig grote administratieve belasting voor zowel de hulpverlener als de zorgverzekeraar. Een verhoging van de administratieve kosten zal tot een verhoging van de premie kunnen leiden. Het loslaten van formele en materiële controle ten behoeve van de ultieme privacy van de patiënt/verzekerde zou in strijd zijn met het politiek omarmde basisprincipe van de zorgverzekering en zelfs een fundamentele inbreuk zijn op het wettelijk verzekeringssysteem. Het verdwijnen van de controleverplichting c.q. controlemogelijkheid zou overigens ook de toekomstbestendigheid van ons zorgstelsel in gevaar brengen, respectievelijk het voor zorgverzekeraars, bij gebrek aan beheersmogelijkheden, het onmogelijk maken risico te dragen voor de kostenontwikkeling.

B. Alternatieven informatie behandelinzet

Verzekeraars hebben voor een adequate uitvoering van hun materiële controle, informatie nodig die – statistisch gezien, dan wel medisch-inhoudelijk gezien – ten minste een ruwe voorspellende of verklarende waarde heeft voor de behandelinzet bij de cliënt (in termen van behandelduur of het aantal verblijfsdagen dat de cliënt nodig heeft). Bij de zoektocht naar die informatie zijn verschillende alternatieven overwogen. Daarbij is vooral gelet op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de verzekerde ggz-cliënt[11].

[11] In het kader van de toetsing of aan de randvoorwaarden voor beperking van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van verzekerden is het van belang voor de beoordeling van de (vereiste) subsidiariteit van het verplichtstellen van het vermelden van de zorgvraagzwaarteindicator op de ggz-declaratie inzichtelijk te maken:

- welke alternatieven zijn overwogen om aan de hiervoor genoemde (gerechtvaardigde) informatiebehoefte van verzekeraars te voldoen,
- in welke mate er bij deze alternatieven een grotere of minder grote inbreuk wordt gedaan op de persoonlijke levenssfeer van de ggz-cliënt, en
- waarom er uiteindelijk niet voor deze alternatieven gekozen is.

De zoektocht is uitgevoerd door de werkgroep zorgvraagzwaarte, ingesteld ter uitwerking van het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014. In het rapport Zorgvraagzwaarte hebben partijen gezamenlijk beschreven hoe zij tot een zorgvraagzwaarteindicator zijn gekomen die door iedere zorgaanbieder op de declaratie kan worden vermeld en die daarmee voldoende informatie oplevert voor de zorgverzekeraar om de materiële controle uit te voeren.
In het nu volgende wordt nader ingegaan op overwogen alternatieve manieren van informatieoverdracht (alternatieven voor het vermelden van de indicator op de ggz-declaratie), de keuze voor de zorgvraagzwaarteindicator en alternatieven binnen de zorgvraagzwaarteindicator zelf.

Er is onder andere gezocht naar een mogelijke aanvulling van de gegevens die thans op de declaratie worden vermeld. Dat zou kunnen op de declaratie zelf of via een separate weg om zorgaanbieders niet onnodig te belasten. Bij de zoektocht naar separate wegen is gekeken of bestaande gegevensstromen en gegevensverzamelingen en verwerkingen tot zodanige informatie voor de zorgverzekeraars kunnen leiden dat deze op een lichtere wijze formele en materiële controle kunnen uitvoeren. Bij de keuze tussen de onderzochte alternatieven is telkens een afweging gemaakt tussen de effecten op de 'voorspellende waarde' van de informatie op de behandelinzet (en daarmee de facto op de bruikbaarheid van de informatie voor de materiële controles door verzekeraars) en de administratieve lasten en medische herkenbaarheid voor behandelaren.

In de eerste plaats is gekeken naar informatie die bij verzekeraars zelf aanwezig is of bij het informatiecentrum van verzekeraars (Vektis). In de tweede plaats is gekeken naar informatie die de zorgaanbieders aanleveren aan het DIS (DBC-Informatiesysteem). In de derde plaats is gekeken naar gegevens die worden beheerd door het CBS. Alle gegevensverzamelingen zijn getoetst aan de controlenormen die de toezichthouder, de NZa heeft gesteld over de door zorgverzekeraars te bereiken gewenste mate van zekerheid over rechtmatigheid en doelmatigheid van declaraties (bijvoorbeeld in de GGZ een betrouwbaarheid van ten minste 95% en een nauwkeurigheid – of tolerantie – van 3%). Wordt daaraan voldaan dan acht de NZa de uitvoering door de zorgverzekeraar van de zorgverzekering en de Zvw op dat punt voldoende. Gebleken is dat in ieder geval de kwantiteit van de bruikbare gegevens onvoldoende was om deze te kunnen gebruiken voor de uit te voeren materiële controles.
Nadat dat is gebleken restte, met behoud van die normering, niets anders dan terug te vallen op het vermelden van gegevens op de declaratie. Daarbij is gekozen gebruik te maken van gegevens die door de ggz-zorgaanbieders in hun praktijk worden gebruikt.

Verder zijn verschillende alternatieve soorten (patiënt)informatie overwogen om aan de hiervoor genoemde (gerechtvaardigde) informatiebehoefte van verzekeraars te voldoen.
Ten eerste heeft de werkgroep onder andere bekeken of niet-ziekengerelateerde factoren, zoals woonregio, leeftijd, geslacht of eventueel inkomen (in aanvulling op of in plaats van de huidige zorgvraagzwaarteindicator) bruikbaar zouden kunnen zijn om de behandelinzet (in termen van behandelduur en/of het aantal verblijfsdagen) op basis van statistische analyse te voorspellen en zo ja, of het wenselijk zou zijn om dit te doen. De werkgroep was van mening dat vooralsnog al-

leen klinisch zinvolle, medisch herkenbare informatie in beschouwing zou moeten worden genomen.[12]
Ook een tweede alternatief voor het gebruik van de uiteindelijk voorgestelde zorgvraagzwaarteinformatie is door de werkgroep (in deze eerste fase) afgewezen. Deze fase is, zoals vermeld in hoofdstuk I, paragraaf B**,** gericht op het operationaliseren van het begrip zorgvraagzwaarteinformatie. Zo heeft de werkgroep er voor gekozen om in deze fase geen informatie bij het onderzoek te betrekken die momenteel nog niet systematisch door zorgaanbieders wordt geregistreerd. Door uitsluitend de bruikbaarheid van informatie te bezien die nu al systematisch door zorgaanbieders wordt (of moet worden) geregistreerd, wordt voldaan aan de in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014 geformuleerde voorwaarde dat het ter beschikking stellen van de door verzekeraars gewenste extra informatie, niet mag leiden tot een toename van de administratieve lasten. Daarnaast is de voorspellende waarde van informatie die nu nog niet systematisch door zorgaanbieders wordt geregistreerd, niet door middel van statistische analyse ondubbelzinnig vast te stellen (waardoor ook de proportionaliteit van het gebruik van dit soort informatie, al dan niet op patiëntniveau, momenteel niet door middel van statistische analyse kan worden vastgesteld)[13].
Ten slotte heeft de werkgroep ook niet gekozen voor een derde alternatief, namelijk het ongecodeerd aan verzekeraars ter beschikking stellen van (bestaande) registraties van zorgaanbieders op de patiëntgebonden, medisch relevante variabelen die een (al dan niet beperkte) voorspellende waarde blijken te hebben voor de behandelduur (en eventueel het aantal verblijfsdagen). Dit zou een onnodig grote inbreuk maken op de persoonlijke levenssfeer van de patiënt.

Uiteindelijk heeft de werkgroep zorgvraagzwaarte een indicator ontwikkeld. Bij de systematiek van de zorgvraagzwaarteindicator wordt (anders dan bij een ongecodeerde ter beschikking stelling van zorgvraagzwaarteinformatie) de zorgvraagzwaarte van een cliënt, gecodeerd aangeleverd, namelijk uitgedrukt in één heel getal. Dat getal kan qua waarde variëren van een tot en met zeven (waarbij het getal 1 een relatief geringe zorgvraagzwaarte indiceert en het getal 7 een relatief grote zorgvraagzwaarte). Achter dat getal gaan (niet zichtbaar voor derden) op hun beurt de (gecodeerde) waarden schuil van vierpatiëntgebonden variabelen. De waarden van die variabelen worden softwarematig afgeleid uit brongegevens die de behandelaar ook nu al per patiënt (aangaande deze variabelen) registreert. De gecodeerde waarden van die vier variabelen kunnen – afhankelijk van de variabele die het betreft – 0, 1, 2 of 3 bedragen. Alleen de behandelaar kent de achterliggende brongegevens per variabele en de waarde die daaruit wordt afgeleid (0, 1, 2 of 3). De afgeleide waarden op de vier variabelen tellen op tot de waarde van de zorgvraagzwaarteindicator. De waarde van de zorgvraagzwaarteindicator is zodoende door derden niet te herleiden tot de achterliggende geregistreerde (ongecodeerde) brongegevens op patiëntniveau.
Door te kiezen voor de hiervoor beschreven 'gelaagde afleiding' van de waarde van de zorgvraagzwaarteindicator, is een alternatief voor de structurele detailcontrole voor handen met een zo klein mogelijke belasting van de persoonlijke levenssfeer van de verzekerde.

[12] Overigens adviseert de werkgroep om niet-ziektegerelateerde factoren wel te betrekken bij het onderzoek ten behoeve van de doorontwikkeling van de zorgvraagzwaarteindicator (paragraaf 4.2.6, blz. 25 van het rapport zorgvraagzwaarte).
[13] Bij de doorontwikkeling van de zorgvraagzwaarteindicator wordt wel bekeken welke momenteel nog niet systematisch door zorgaanbieders geregistreerde informatie een aanvulling kan vormen op (of eventueel een alternatief kan vormen voor) de vastgestelde zorgvraagzwaarteindicator.

Binnen de systematiek van de zorgvraagzwaarteindicator zijn ook nog andere alternatieven overwogen. Daarbij is gekeken naar het mogelijke gebruik van alternatieve waarderingsschalen voor de waardebepaling van de gebruikte variabelen en naar alternatieve manieren om de waarden van de verschillende variabelen te laten afleiden naar één waarde voor de zorgvraagzwaarteindicator.
Ook hierbij is telkens een afweging gemaakt op basis van de effecten op de 'voorspellende waarde' van de indicator op de behandelinzet (en daarmee de facto op de bruikbaarheid van de indicator voor de materiële controles door verzekeraars), de complexiteit van de indicator, gelijkblijvende administratieve lasten en de medische herkenbaarheid voor behandelaren.

C. De keuze voor de zorgvraagzwaarteindicator

Gelet op de noodzaak dat zorgverzekeraars hun wettelijke controles kunnen uitvoeren acht ik het met inachtneming van alle belangen en door partijen overeengekomen toetsingscriteria noodzakelijk in deze regeling te verduidelijken dat de NZa met het treffen van een declaratieregeling de zorgaanbieders kan verplichten de zorgvraagzwaarteindicator op de rekening te vermelden. Ik acht het vermelden van de zorgvraagzwaarteindicator ten behoeve van de materiële controle op de ggz-declaraties een goed alternatief voor de disproportionele structurele detailcontroles.

De mening van bovengenoemde werkgroep onderschrijf ik dat de zorgvraagzwaarteindicator vanwege het (nog) beperkte voorspellende vermogen (nog) niet geschikt is om op individueel niveau zorg toe te wijzen of declaraties af te wijzen. De leden van de werkgroep zijn van mening dat de indicator geschikt is voor "analyses en om bij verwerking op geaggregeerd niveau te worden gebruikt als startpunt voor de dialoog tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar over doelgroepen en zorgprogrammering". Het zorgvraagzwaarte model 1.0 wordt door de werkgroep gezien als een tijdelijk model c.q. groeimodel dat de basis vormt voor de doorontwikkeling van zorgvraagzwaarte in een lerende omgeving met als doel de uiteindelijke opname in de productstructuur van de ggz. De opvattingen van de werkgroep worden in voormelde onderhandelingsresultaat door de gezamenlijke onderhandelaars onderschreven.

De indicator is bruikbaar voor het uitvoeren van analyses. Risico- en verbandanalyses vormen de essentiële eerste stap van het proces van materiële controle door verzekeraars. Dat proces is erop gericht om voldoende zekerheid te krijgen dat de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie is geleverd en die geleverde prestatie het meest was aangewezen, gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde. Binnen het kader van de risico- en verbandanalyses kan de zorgvraagzwaarteindicator gebruikt worden voor de identificatie van declaraties die in aanmerking kunnen komen voor detailcontrole. De vermelding van de zorgvraagzwaarteindicator op de declaraties maakt het aldus mogelijk om gerichter detailcontroles uit te voeren.

Het hanteren van de zorgvraagzwaarteindicator op de declaratie is daarbij wat betreft inbreuk op privacy veel minder belastend voor verzekerde, zorgaanbieder en verzekeraar dan het structureel en systematisch moeten uitvoeren van detailcontroles (*i.e.* het opvragen c.q. inzien van patiëntendossiers) dat anders

noodzakelijk zou zijn om voldoende zekerheid te krijgen.

Bovendien speelt met betrekking tot de privacy bescherming ook mee dat patiënten c.q. verzekerden bezwaar kunnen maken tegen het verstrekken van diagnose-informatie aan zorgverzekeraars. De NZa kan dat bepalen in de declaratieregeling; de zorgvraagzwaarteindicator is hier onderdeel van de bedoelde diagnostische informatie.

In het rapport zorgvraagzwaarte wordt een voorbehoud gemaakt met betrekking tot de voorspellende waarde van de zorgvraagzwaarteindicator voor de behandelinzet bij persoonlijkheidsstoornissen. Ik onderschrijf de opvatting van het Cbp dat in geval van ontbreken van die voorspellende waarde de zorgvraagzwaarteindicator niet op de declaratie hoeft te worden vermeld[14]. Op grond van de door alle partijen onderschreven conclusies uit het rapport zorgvraagzwaarte acht ik vooreerst alleen een dergelijke uitzondering bij persoonlijkheidsstoornissen aangewezen.

IV Randvoorwaarden verwerking persoonsgegevens

De besluitvorming over het verstrekken van gegevens en persoonsgegevens is gebonden aan een aantal randvoorwaarden. Die randvoorwaarden zijn af te leiden uit internationale verdragen, nationale regels en jurisprudentie. In dit hoofdstuk van de toelichting worden deze behandeld. Zoals aan het eind van het algemeen deel van deze toelichting wordt uitgelegd, gelden deze voorwaarden voor ieder bestuursorgaan dat van de wetgever zelfstandige regelbevoegdheden heeft gekregen.

A. Uitspraken College van Beroep voor het Bedrijfsleven

Het CBb heeft in een tweetal uitspraken[15] inzake de vermelding van diagnose-informatie op de declaratie geoordeeld dat:

- de verplichting om diagnose-informatie op de declaratie te vermelden niet onrechtmatig hoeft te zijn;
- de verplichting om diagnose –informatie op de declaratie te vermelden niet zonder meer eenduidig blijkt uit de daartoe strekkende regels;
- er onvoldoende bescherming van medische persoonsgegevens is bij de declaratie van prestaties betreffende de geestelijke gezondheidszorg;
- het mogelijk moet zijn een uitzondering te maken van vermelding van medische persoonsgegevens op de declaratie voor specifieke categorieën van personen die de kosten van de gedeclareerde zorg niet ten laste van de zorgverzekering brengen.

Met deze regeling wordt aan de eisen die voortvloeien uit de uitspraken van het CBb tegemoet gekomen. In de regeling wordt nu een expliciete bevoegdheid voor de NZa opgenomen in de declaratieregeling tevens te verplichten het gegeven zorgvraagzwaarte, als medisch persoonsgegeven van verzekerde, op de declaratie op te nemen, noodzakelijk voor de uitvoering van formele en materiële controle van in rekening gebrachte tarieven voor prestaties. Daardoor wordt de door het

[14] Zie hoofdstuk V
[15] LJN: BN3056 en BV8297

CBb geconstateerde onduidelijkheid over de wettelijke grondslag van de verplichting weggenomen. De huidige NZa regeling voldoet aan de eisen van het CBb[16].

B. Wettelijk kader bescherming persoonsgegevens

Het invoeren van de verplichting tot het verstrekken en verwerken van meer en gedetailleerdere informatie op persoonsniveau moet aan een aantal eisen op grond van privacywetgeving voldoen. Het vermelden van die persoonsgegevens op de declaratie betekent een inperking van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de verzekerde.

Bij gegevens over de zorgvraagzwaarte gaat het evenals bij de DBC's om persoonsgegevens betreffende de gezondheid als bedoeld in artikel 16 Wbp. Artikel 16 van de Wbp verbiedt de verwerking van persoonsgegevens met betrekking tot de gezondheid van personen. Artikel 21 Wbp bevat een uitzondering voor hulpverleners, instellingen of voorzieningen voor gezondheidszorg en zorgverzekeraars. Tevens vallen deze gegevens onder het medisch beroepsgeheim van de individuele zorgaanbieder[17] respectievelijk de geheimhoudingsplicht van de zorgaanbieder[18]. In artikel 87 Zvw is voorzien in de doorbreking van de geheimhoudingplicht in verband met het in het artikel opgenomen verplichting tot het verstrekken van persoonsgegevens aan de zorgverzekeraar voor zover noodzakelijk voor de uitvoering van de zorgverzekering of de Zorgverzekeringswet.
In de Rzv is nader aangegeven voor welke (typen) gegevens die noodzakelijkheid aanwezig wordt geacht. De regeling is gebaseerd op het zesde lid van artikel 87 Zvw. De nu voorgestelde aanvulling van die bepalingen in de Rzv voorziet in een uitbreiding van de persoonsgegevens betreffende de gezondheid die onder die verplichting tot doorbreking van het medisch beroepsgeheim worden gebracht, indien dat wordt bepaald in een declaratieregeling van de NZa.

De invoering van de aanvullende bepalingen dient derhalve te voldoen aan hetgeen vereist is krachtens artikel 8 van het Europees verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (EVRM), artikel 8 van het Handvest van de grondrechten van Europese Unie, evenals aan Richtlijn 95/46/EG van het Europees parlement en de Raad van 24 oktober 1995, waarvan de Wbp een uitwerking vormt en artikel 10 Grondwet.

Vereist is dat voor elke bij of krachtens wet opgelegde verplichting tot doorbreking van de medische geheimhoudingsplicht de noodzaak, proportionaliteit en subsidiariteit wordt aangetoond. Dat geldt ook als het – zoals in casu – gaat om een verdere uitbreiding van een reeds in regelgeving verankerde verplichting tot verstrekking van bepaalde gegevens. Aldus het Cbp.

Artikel 8 van het EVRM bepaalt dat een ieder recht heeft op respect voor zijn privéleven. Een inperking van dat recht moet ingevolge het tweede lid van dat artikel:

- bij de wet zijn voorzien;

---

[16] BZ 6194
[17] ex artikel 88 Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg juncto artikel 7:457 Burgerlijk Wetboek
[18] ex artikel 7:457 BW

- een in dat lid genoemd belang dienen, en
- noodzakelijk zijn in een democratische samenleving.

De vereiste noodzakelijkheid in een democratische samenleving houdt in dat:
- de inperking voorziet in een dringende maatschappelijke behoefte
- de inperking geschikt is om het te dienen belang te realiseren, en
- de inperking voldoet aan de eisen van subsidiariteit en proportionaliteit.

De onderhavige regeling bevat de verduidelijking van de mogelijkheid tot inperking van het recht op respect voor het privéleven door middel van een declaratieregel van de NZa. Het gaat dan om de verstrekking van het persoonsgegeven zorgvraagzwaarte (bv. in de vorm van een indicator) door de zorgaanbieder aan de zorgverzekeraars.

Hieronder wordt op de afzonderlijke vereisten ingegaan.

- *De inperking moet bij wet zijn voorzien; de verplichting tot doorbreking beroepsgeheim, verstrekking door de zorgaanbieder evenals de verwerking door zorgverzekeraars moet bij of krachtens wet zijn geregeld en kenbaar en voorzienbaar zijn voor de betrokkenen. (8 EVRM, 8 Handvest grondrechten EU, 10 Grondwet en Wbp)*

De inperkingen zijn bij de wet voorzien en kenbaar voor de betrokkenen. Artikel 87 Zvw, zesde lid, en de Rzv bevatten de wettelijke grondslag voor de inperkingen. Dat artikel en hoofdstuk 7 van die regeling bevatten een duidelijke omschrijving van die inperkingen, zijn in het Staatsblad respectievelijk Staatscourant bekend gemaakt en via www.overheid.nl raadpleegbaar.
De genoemde inperking van het recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer dient tevens verenigbaar te zijn met de Wbp. De verwerking van persoonsgegevens van hun verzekerden door zorgverzekeraars geschiedt voor wat betreft de zorgverzekering ter uitvoering van de verzekeringsovereenkomst waarbij die verzekerde partij is. Het betreft hier de verwerkingsgrond, bedoeld in artikel 8, aanhef en onder b, van de Wbp. De zorgverzekeraars verwerken daarbij ook gegevens betreffende de gezondheid van hun verzekerden, bijzondere persoonsgegevens, genoemd in artikel 16 van de Wbp. De zorgverzekeraars mogen ingevolge artikel 21, eerste lid, onder b, 2°, van de Wbp, gegevens betreffende de gezondheid van een verzekerde verwerken indien die verwerking noodzakelijk is voor de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst met die verzekerde. De uitvoering van de zorgverzekering vallen binnen de reikwijdte van die bepaling.
Er geldt voor zorgaanbieders ingevolge artikel 7:457 van het Burgerlijk Wetboek (BW) respectievelijk artikel 88 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (WBig), een geheimhoudingsplicht. Die zorgaanbieders mogen op basis van artikel 9, vierde lid, van de Wbp, niet tot verstrekking van persoonsgegevens aan zorgverzekeraars overgaan voor zover een geheimhoudingsplicht uit hoofde van ambt, beroep of wettelijk voorschrift daaraan in de weg staat. Het medisch beroepsgeheim van zorgaanbieders wordt voor wat betreft de gegevensverstrekking aan zorgverzekeraars opzij gezet op grond van het bepaalde bij of krachtens artikel 87 Zvw. Die artikelen verplichten de zorgaanbieders tot gegevensverstrekking voor zover dat noodzakelijk is voor de uitvoering van zorgverzekeringsovereenkomst respectievelijk uitvoering van de Zvw.

- *De inperking moet een in artikel 8 EVRM genoemd doel dienen.*

De verstrekking van het persoonsgegeven zorgvraagzwaarte door zorgaanbieders aan zorgverzekeraars dient de goede uitvoering van de zorgverzekeringsovereenkomst en de Zvw. Dit draagt bij aan het tegengaan van onnodig hoge zorgkosten. De verstrekking draagt tevens bij aan de handhaving van de rechten van de verzekerden. Er kan in dit verband worden gedacht aan het verkrijgen van de zorg door verzekerden waarop ze op grond van de verzekering recht hebben en het voorkomen van onnodig hoge eigen betalingen. De verstrekking van de persoonsgegevens van de verzekerden aan de zorgverzekeraars draagt tevens bij aan de bestrijding van zorgfraude. De inperkingen dienen gezien het bovenstaande belangen die in artikel 8, tweede lid, van het EVRM, zijn genoemd. Het betreft het economisch welzijn van Nederland, het voorkomen van strafbare feiten en de bescherming van de rechten van derden (i.c. verzekerden).

- *De inperking voorziet in een dringende maatschappelijke behoefte (8 EVRM); Er moet een noodzaak zijn voor de inbreuk (8 Wbp)*

Zorgverzekeraars zijn op grond van het bepaalde bij of krachtens de Zvw gehouden formele en materiële controles te verrichten. De toezichthouder, NZa stelt daarbij controle normen. Bij gebrek aan andere informatie kunnen zorgverzekeraars niet anders dan met structurele detailcontrole bij alle individuele verzekerden aan die verplichting en die normen voldoen. Die algemene structurele detailcontrole is disproportioneel ten opzichte van het verstrekken van de in de regeling voorgeschreven zorgvraagzwaarte indicator. De verstrekking van persoonsgegevens door zorgaanbieders aan zorgverzekeraars voorziet in dringende maatschappelijke behoefte van de goede uitvoering van de zorgverzekeringsovereenkomst en van de Zvw. Er is dus sprake van een verwerking van persoonsgegevens als bedoeld in artikel 8, aanhef en onder c, van de Wbp.

- *De inperking moet geschikt zijn om het te dienen belang te realiseren (8 EVRM en 8 Wbp)*

De regeling bevat een ogenschijnlijke inperking van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de verzekerde. Echter in de context van de formele en materiële controle door zorgverzekeraars wordt met deze regeling de inperking van die bescherming verminderd. Zonder deze regeling zouden zorgverzekeraars, bij gebrek aan andere informatie. gehouden zijn tot structurele detailcontrole op het niveau van iedere individuele verzekerde. Dat is de zwaarste vorm van controle waarbij de persoonlijke levenssfeer van alle verzekerden in het geding is. Met deze regeling krijgen de zorgverzekeraars een indicatie van de zorgvraagzwaarte van de verzekerde. Die indicatie heeft een voorspellende waarde met betrekking tot de behandelinzet. Op basis van alle indicaties die een zorgaanbieder aan de verzekeraar heeft verstrekt krijgt de verzekeraar een inzicht in de zwaarte van de zorgvragen die die zorgaanbieder heeft behandeld. Met dat inzicht kan de zorgverzekeraar de verschillende zorgaanbieders vergelijken. Met de verstrekking van de zorgvraagzwaarte per individuele verzekerde krijgt de verzekeraar een beter beeld van de praktijk van de zorgaanbieder. Voor wat betreft de uitvoering van de materiële controle grijpt de verzekeraar aan op het niveau de algemene risicoanalyse als bedoeld in artikel 7.6 van de Rzv. De zorgverzekeraar voert dan een algemene risicoanalyse uit op basis van gegevens

waarover deze in verband met de uitvoering van de zorgverzekering beschikt. De zorgverzekeraar stelt op basis van de uitgevoerde algemene risicoanalyse een algemeen controleplan vast, waarin de objecten van materiële controle en de in te zetten controle-instrumenten zijn opgenomen. Het naar aanleiding van de algemene risicoanalyse opgestelde algemene controleplan voorziet niet in de inzet van het controle-instrument detailcontrole. Daarmee wordt met deze regeling de inperking van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer verminderd.

- *De inperking voldoet aan de eisen van subsidiariteit en proportionaliteit (8 EVRM en 11 Wbp)*

De verstrekking van persoonsgegevens betreffende de gezondheid aan zorgverzekeraars door zorgaanbieders en de verwerking van die persoonsgegevens door die verzekeraars dient ook te voldoen aan de eisen van proportionaliteit en subsidiariteit. Een persoon wordt voor wat betreft de zorgverzekering verzekerde door het sluiten van een zorgverzekeringsovereenkomst met de zorgverzekeraar. Er geldt een strikte relatie tussen de prestatie waarvoor de verzekerde is verzekerd, de prestatie die de zorgaanbieder aan de verzekerde heeft geleverd en het aan de zorgaanbieder te betalen dan wel door de zorgverzekeraar aan de verzekerde te vergoeden bedrag. Dit leidt ertoe dat de zorgverzekeraar dient te beschikken over persoonsgegevens betreffende de gezondheid van zijn verzekerde.
De gewijzigde artikelen 7.2 tot en met 7.4 van de Rzv bepalen dat de NZa in een declaratieregel kan bepalen dat tot de door de zorgaanbieder aan de zorgverzekeraars te verstrekken gegevens van diens verzekerde die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de zorgverzekering of de wet, ook de zorgvraagzwaarte behoren. Hierbij geldt in verband met de vereiste proportionaliteit en subsidiariteit wel de voorwaarde dat die zorgvraagzwaarte noodzakelijk is voor het verrichten van de formele en materiële controle door zorgverzekeraars. Dit betekent dat een zorgaanbieder geen zorgvraagzwaarte aan een zorgverzekeraar mag verstrekken indien de verzekerde het voor die prestatie verschuldigd tarief zelf betaalt en geen verzoek om restitutie bij zijn zorgverzekeraar indient of van een andere door de NZa gecreëerde ontheffing gebruik maakt.

V College bescherming persoonsgegevens

Het Cbp heeft op 4 september 2013 geadviseerd over de conceptregeling[19]. Het Cbp onderkent het belang van het door zorgverzekeraars naar behoren (kunnen) uitvoeren van de taken die in het ziektekostenstelsel aan hen zijn toebedeeld ter zake van doelmatige zorginkoop en de controle van de rechtmatigheid en doelmatigheid van gedeclareerde zorg. Dit laatste mede tegen de achtergrond van toenemende signalen over en aanwijzingen voor zorgfraude en de voornemens tot intensivering van inspanningen om die zorgfraude - zoveel mogelijk - te voorkomen.

Het Cbp onderkent dat er – zoals aangegeven in de toelichting bij de regeling - knelpunten en dilemma's kunnen ontstaan als de zorgverzekeraars over onvoldoende informatie beschikken om die (controle -)taken naar behoren te kunnen vervullen. Door verschillen in de fijnmazigheid van dbc's zoals gebruikt in de so-

[19] Bijlage bij Kamerstukken II 2013/14, 25 424, 229

matische zorg respectievelijk in de geestelijke gezondheidszorg, is in die laatste sector – naar het oordeel van het Cbp - sneller sprake van het ontbreken van voor die taakuitoefening van zorgverzekeraars noodzakelijke informatie.

Het Cbp onderkent ook de onwenselijkheid van de huidige situatie waarin zorgverzekeraars met name in de ggz-sector - vanwege een gebrek aan noodzakelijke informatie – structureel, ten aanzien van grote aantallen declaraties, het instrument detailcontrole zouden moeten inzetten. Dit in de vorm van het opvragen van nadere informatie over de behandeling van individuele verzekerden dan wel het inzien van dossiers bij hulpverleners. Als zorgverzekeraars hiervan zouden afzien, aldus het Cbp, zouden zij hun taak inzake bovenbedoelde controle van declaraties niet naar behoren uitvoeren.

De met de huidige inzet van detailcontroles gepaard gaande inperking van het recht op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de betrokken verzekerden is volgens het Cbp zodanig dat ontwikkeling en zorgvuldige overweging van alternatieven dringend aandacht verdient, opdat zorgverzekeraars de noodzakelijke formele en materiële controles op een minder ingrijpende manier kunnen vormgeven.

Het Cbp is bovendien van mening dat er een zwaarwegend belang - zoals ook tot uitdrukking gebracht in de uitspraken van het CBb – moet worden toegekend aan de bezwaren van derden die niet bij de behandeling van de verzekerde betrokken zijn[20]. In de ggz gaat het – zo stelt het Cbp - om gegevens die de kern van het privéleven van de betrokken persoon raken, zodat informatie hierover bijzonder privacygevoelig is.

Verwerking van het Cbp advies in de regeling

Met onderhavige regeling tot verstrekking van de zorgvraagzwaarteindicator op de declaratie kom ik tegemoet aan – ook door het Cbp onderschreven - behoefte alternatieven te ontwikkelen zodat zorgverzekeraars de noodzakelijke formele en materiële controles op een minder ingrijpende manier kunnen vormgeven.
De verstrekking van de zorgvraagzwaarte–indicator is daarbij niet het eindstation maar een voorzichtig begin. Alle betrokken partijen bij het Onderhandelaarsresultaat geestelijke gezondheidszorg 2014-2017 onderschrijven die belangrijke doelstelling. Partijen vinden de zorgvraagzwaarteindicator die er nu ligt, geschikt als basis voor verdere doorontwikkeling (in een lerende omgeving), voor registratie door zorgaanbieders op individueel niveau, en als taal voor informatie-uitwisseling over zorgvraagzwaarte tussen zorgaanbieders en verzekeraars tot een verbeterde versie van de zorgvraagzwaarteindicator is ontwikkeld. Partijen zullen de indicator op deze manier gaan gebruiken. Aldus dat onderhandelingsresultaat.
Het Cbp heeft bezwaren tegen de regeling in de voorgestelde vorm en adviseert de regeling niet aldus in te voeren. Uit de aanbiedingsbrief en het volledige advies van het Cbp is op te maken dat de regeling kan worden ingevoerd mits deze voldoet aan het juridisch kader en mits met de bezwaren van het Cbp rekening is gehouden. Dan wordt voldaan aan het punt zoals dat is verwoord in het Onderhandelingsresultaat: Partijen onderschrijven het eindperspectief dat de

---

[20] LJN: BN3056 en BV8297; zie ook BZ 6194 waarbij het CBb oordeelt dat de uitzonderingsregel van de NZa voldoet aan de door het CBb gestelde criteria

zorgvraagzwaarteindicator op persoonsniveau via de declaratie moet worden uitgewisseld, vergelijkbaar met de somatiek, mits dit binnen de vigerende privacyregels toelaatbaar is.
Het Cbp heeft in het bijzonder bezwaar tegen de verstrekking van de zorgzwaarteindicator als deze geen voorspellende waarde heeft met betrekking tot de behandelinzet en tegen het mogelijk inperken van de door de NZa vastgestelde ontheffingen tot het verstrekken van diagnose gegevens. Daarnaast heeft het Cbp in zijn advies nog opmerkingen gemaakt over de proportionaliteit en subsidiariteit, het voldoen aan het (internationaal) wettelijk kader, het monitoren of het verstrekken van de zorgvraagzwaarteindicator de behoefte tot het doen van detailcontrole door zorgverzekeraars vermindert, de verantwoordelijkheid bij het verwerken van persoonsgegevens bij zorgverzekeraars en het ontbreken van een geschillenregeling voor niet gecontracteerde zorgaanbieders.
Indien en voor zover mogelijk is het advies van het Cbp verwerkt in onderhavige regeling. Daarmee is aan de bezwaren en opmerkingen van het Cbp zodanig gehoor gegeven dat de regeling aan de privacy-regels voldoet en de regeling kan worden ingevoerd, zodat de zorgverzekeraars de noodzakelijke formele en materiële controles op een minder ingrijpende manier kunnen vormgeven.
Hieronder wordt in hoofdlijnen aangegeven hoe aan die bezwaren van het Cbp is tegemoetgekomen in onderhavige regeling en of en hoe de opmerkingen zijn verwerkt.

- *Voorspellende waarde*

Het Cbp adviseert - gelet op de eisen van proportionaliteit en subsidiariteit - de verplichtstelling door de NZa van de verstrekking van zorgvraagzwaarte gegevens aan zorgverzekeraars te beperken tot situaties waarin redelijkerwijs aannemelijk is dat daaraan voorspellende waarde toekomt voor de behandelinzet. Ik volg daarin het Cbp. Vermelding van de indicator bij die diagnosen is dan weinig zinvol en daarmee niet proportioneel. Bij de uitwerking van het criterium voorspellende waarde is aan te sluiten bij de algemeen gedragen bevindingen neergelegd in het rapport van de werkgroep zorgvraagzwaarte, dat op 11 april 2013 in een bestuurlijk overleg met de ondertekenende betrokken GGz-partijen is vastgesteld. Partijen vinden de zorgvraagzwaarteindicator die er nu ligt, geschikt als basis voor verdere doorontwikkeling (in een lerende omgeving), voor registratie door zorgaanbieders op individueel niveau, en als taal voor informatie-uitwisseling over zorgvraagzwaarte tussen zorgaanbieders en verzekeraars totdat een verbeterde versie van de zorgvraagzwaarteindicator is ontwikkeld. Op basis van dat rapport en toetsend aan het gestelde criterium door het Cbp is het wenselijk ggz-declaraties die betrekking hebben op de hoofddiagnose 'persoonlijkheidsstoornis', uit te sluiten van de verplichting om de zorgvraagzwaarteindicator op de declaratie te vermelden.
Omdat bekend is dat er binnen het veld, mede ingegeven door verschillende belangen, verschil van inzicht bestaat over hoe de verklaringskracht van de zorgvraagzwaarteindicator precies valt te duiden, kan aan dit punt in het advies van het Cbp invulling worden gegeven door zo dicht mogelijk de letterlijke tekst van het algemeen onderschreven rapport zorgvraagzwaarte te volgen. Daarin staat dat het aantal behandelminuten per zorgvraagzwaarteniveau voor elke hoofd-diagnose significant verschilt en daarmee een voorspellende waarde heeft voor de behandelinzet, behalve bij de hoofddiagnose groep "persoonlijkheidsstoornissen". Bij die laatstgenoemde hoofddiagnose groep heeft het vermelden van het zorgzwaarteniveau onvoldoende voorspellende waarde

voor de behandelinzet. Bij declaraties met betrekking tot persoonlijkheidsstoornissen wordt de vermelding van de zorgvraagzwaarte-indicator om die reden niet verplicht gesteld[21]. Pas nadat ook bij die hoofd-diagnose voorspellende waarde voor de behandelinzet kan worden toegekend is een overweging mogelijk tot het vermelden van de diagnose-informatie op de declaratie.

- *Monitoring effecten*

Het Cbp acht het belangrijk in dit verband de effecten van de vermelding van de zorgvraagzwaarteindicator op de declaratie, in de zin van toenemende mogelijkheden voor doelmatige zorginkoop en minder detailcontrole, zorgvuldig te monitoren. De NZa zal het belang van die vermelding voor de zorginkoop en de te verwachten vermindering aan de behoefte tot het overgaan tot detailcontrole meenemen in haar onderzoeken naar de werking van de verzekeringsmarkt dan wel de ggz.

- *Ontwikkeling alternatief*

Met het Cbp ben ik – zoals al eerder aangegeven – en onderschreven in de bestuurlijke akkoorden van mening dat mede met de op basis van in deze situaties opgedane ervaringen de invoering van een verder ontwikkelde zorgvraagzwaarteindicator of enig ander geschikt instrument voor de overige situaties kan worden overwogen.

- *Handhaving ontheffing*

Met onderhavige regeling worden de thans door de NZa vastgestelde mogelijkheden tot ontheffing van de verplichting voor de "zelfbetalers" en voor verzekerden die een "privacyverklaring" ondertekenen gehandhaafd. Ook daarin volg ik het Cbp.

- *Juridisch kader*

Het Cbp schetst in zijn advies het juridisch kader en wijst erop dat voor elke bij of krachtens wet opgelegde verplichting tot doorbreking medische geheimhoudingsplicht de noodzaak, proportionaliteit en subsidiariteit wordt aangetoond. Ook als het zoals hier om uitbreiding van de verplichting gaat. De toelichting is aangevuld met toetsing aan EVRM, Handvest grondrechten EU, Richtlijn 95/46/EG, Grondwet en Wbp (Hoofdstuk IV, paragraaf B).

- *Subsidiariteit*

In hoofdstuk III, paragrafen Ben C, is uitgebreid ingegaan op andere overwogen alternatieven en de uiteindelijke keuze voor de zorgvraagzwaarteindicator.

- *Afwegingskader uitzonderingen*

Het Cbp opteert voor een afwegingskader in de toelichting, waarbinnen de NZa voor daarbij aan te geven groepen van personen kan besluiten een uitzondering te maken op de verplichting om bepaalde gegevens aan de zorgverzekeraars te verstrekken. Nu het CBb in zijn jurisprudentie het kader waarbinnen de NZa de uitzonderingen moet vastleggen al heeft vastgesteld, wordt het opnemen van een algemeen kader in de toelichting bij deze regeling overbodig geacht. Het CBb heeft beslist dat de huidige door de NZa geschapen uitzonderingen voldoen aan de

[21] De declaraties inzake persoonlijkheidsstoornissen tellen op tot circa 10% van de tweedelijns ggz-uitgaven

eisen die het CBb heeft gesteld[22]. Daaraan wordt – getuige de handhaving van de bestaande uitzonderingen – in deze regeling niet getornd.

- *Geheimhoudingsplicht zorgverzekeraars*

Het Cbp wijst erop dat het – in ieder geval en onverminderd – van belang is dat zorgverzekeraars alle medewerkers binden aan de geheimhoudingsplicht zoals vereist op grond van artikel 21, tweede lid, Wbp, en dat verzekeraars de consequenties daarvan regelmatig onder de aandacht van die medewerkers blijven brengen. Ook overigens mag worden verwacht – zo stelt het Cbp – dat bij de inrichting van hun bedrijfsprocessen zorgverzekeraars voorzien in een adequate bescherming van de privacy van hun verzekerden. Dit overlaten aan en/of afhankelijk maken van de betrokkenheid van de medisch adviseur bij de verwerking van (bepaalde) gegevens is niet in overeenstemming met de plicht als verantwoordelijke in de zin van de Wbp die op verzekeraars rust. Aldus het Cbp. Op grond van deze opmerking van het Cbp is afgezien van het toekennen van een bijzondere toegevoegde waarde aan verwerking van declaratiegegevens door of onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur. Een nadere motivering van die toegevoegde waarde zoals het Cbp is gevraagd is daardoor niet meer relevant. In de regelingen over materiële controle blijft aan de medisch adviseur wel de verantwoordelijkheid voor het juiste proces bij detailcontrole aan de medisch adviseur opgedragen.

- *Geschillenregeling*

Het Cbp merkt op dat een geschillenregeling over verstrekking persoonsgegevens voor zorgaanbieders die geen contract hebben met een zorgverzekeraar ontbreekt. Een geschillenregeling acht ik in eerste plaats een zaak van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De brancheorganisatie hadden in de bestuurlijke akkoorden daarover afspraken kunnen maken. Geconstateerd wordt dat zij dat tot nu toe niet hebben gedaan. Het staat hen vrij alsnog met elkaar (en met patiëntenorganisaties) het initiatief te nemen tot het opstellen van een geschillenregeling voor iedere zorgaanbieder die ggz levert of wil leveren.

VI Tot slot

Hierboven is geschetst hoe met onderhavige wijziging van de Rzv de NZa in een declaratieregeling kan verplichten dat een zorgvraagzwaarteindicator op de declaratie wordt vermeld als noodzakelijk gegeven om de verzekeraars in staat te stellen om de vereiste formele en materiële controles uit te voeren. Doordat het daardoor voor verzekeraars mogelijk is om risico-, verwachting- en verbandanalyses te kunnen uitvoeren, daarmee uitvoering gevend aan formele en materiële controle, en aan de toezichteisen van de NZa, vervalt de noodzaak tot het houden van algehele structurele detailcontroles, die – bij gebreke aan die mogelijkheden - noodzakelijk zouden zijn om de door de NZa gewenste zekerheid te verkrijgen met betrekking tot rechtmatigheid en gepast gebruik (doelmatigheid)

---

[22] BZ 6194 De uitspraak van de meervoudige kamer van 21 maart 2013 in de zaak tussen Stichting de Koepel van DBC-vrije Praktijken van Psychotherapeuten en Psychiaters en de Regionale Vereniging van Vrijgevestigde Psychotherapeuten Gelderland, en Nederlandse Zorgautoriteit vermeldt de volgende rechtsoverweging: "Naar aanleiding van de uitspraak van het College van 8 maart 2012 (LJN: BV8297) heeft NZa een uitzonderingsregel getroffen voor patiënten die privacybezwaren tegen de informatieverstrekking hebben. Het College is van oordeel dat NZa met deze uitzonderingsregel binnen de grenzen van een redelijke beleidsbepaling is gebleven."

van de gedeclareerde zorg. Daarmee wordt ook tegemoet gekomen aan de proportionaliteit en subsidiariteit die in het kader van de bescherming van persoonsgegevens moet worden betracht. Zo wordt voorkomen dat op zich op groter schaal en ook een veel grotere inbreuk op de privacy van alle patiënten zou betekenen. De noodzaak van adequate controles is hierbij niet alleen ingegeven vanuit de wettelijke verplichting van deze controles maar betreft met name ook een noodzaak vanuit het maatschappelijk belang om een toekomstbestendig (betaalbaar) zorgstelsel te waarborgen. Dat kan enkel door binnen het politiek gekozen verzekeringsstelsel het hierboven geschetst basisprincipe te handhaven.

Geconcludeerd is dat er geen hiërarchische verhouding bestaat tussen een regeling op grond van artikel 87, zesde lid, Zvw vastgesteld door de minister en een regel op grond van bijvoorbeeld artikel 38, derde lid, WMG vastgesteld door de NZa. In beide gevallen berust de bevoegdheid een regel vast te stellen op besluit van dezelfde formele wetgever (regering en parlement tezamen). De randvoorwaarden zoals hierboven geschetst voor het verwerken van persoonsgegevens gelden zowel voor een ministeriële regeling als voor een regeling van de NZa.

Bij de totstandkoming van de regeling en de verwerking van het advies van het CBP zijn de belangen van alle betrokkenen zorgvuldig meegewogen. In de Rzv is expliciet opgenomen dat zorgaanbieders verplicht zijn hun medewerking te verlenen aan de overeenkomstig die regeling uitgevoerde materiële controle en uitgevoerd fraudeonderzoek. Die verplichting blijft onverkort gelden na de inwerkingtreding van onderhavige regeling.

Artikelsgewijze toelichting

Artikel I, onderdeel A
In artikel 1 wordt ten behoeve van onderhavige wijziging van de Regeling zorgverzekering en de verwijzingen in de toelichting de definities opgenomen van het rapport zorgvraagzwaarte en het daarin uitgewerkte begrip "*zorgvraagzwaarte".*

Artikel I, onderdeel B
Artikel 7.2 wordt aangevuld met een tweetal leden. In het nieuwe tweede lid wordt bevestigd dat de NZa in een declaratieregeling op grond van artikel 38, derde lid, WMG kan bepalen dat het noodzakelijk is dat de verzekeraar in aanvulling op de gegevens, bedoeld in het eerste lid van artikel 7.1 Rzv tevens over het gegeven zorgvraagzwaarte, als medisch persoonsgegeven van verzekerde, moet kunnen beschikken met het oog op de uitvoering van formele en materiële controle ten behoeve van de in artikel 7.1, tweede lid, aangegeven doelen en van de uitvoering van artikel 7.4a Rzv.
Het nieuwe derde lid bevestigt de bevoegdheid van de NZa dat zij in een declaratieregel, en onder daarbij te stellen voorwaarden, voorschriften of beperkingen, de verplichting tot verstrekken van het gegeven zorgvraagzwaarte, bij uitzondering niet van toepassing is. Zo kan de NZa de uitzondering handhaven die zij thans heeft opgenomen in een declaratieregeling met betrekking tot de tweedelijns curatieve geestelijke gezondheidszorg.

Artikel I, onderdeel C

Artikel 7.3 Rzv verplicht de zorgaanbieder de in artikel 7.2, onderdeel a tot en met g, bedoelde gegevens te verstrekken aan de zorgverzekeraar, of een door die zorgverzekeraar daartoe aangewezen persoon, indien die zorgaanbieder het tarief voor de geleverde prestatie krachtens een door hem met de zorgverzekeraar gesloten overeenkomst rechtstreeks bij die zorgverzekeraar in rekening brengt, dan wel aan de verzekerde, indien de zorgaanbieder het tarief voor de geleverde prestatie bij de verzekerde in rekening brengt. In onderdeel B worden op grond van het nieuwe tweede lid van artikel 7.2 de te verstrekken gegevens aangevuld met gegevens die de NZa noodzakelijk acht voor het uitvoeren van formele en materiële controle. Het is evident dat de verplichting voor de zorgaanbieders zich ook uitstrekt tot de gegevens, bedoeld in het tweede lid van artikel 7.2 Rzv. Wellicht ten overvloede zij vermeld dat voor de door de zorgverzekeraar of de bewerker aangewezen persoon dezelfde wettelijke voorschriften gelden inzake de geheimhouding van de verwerkte gegevens als voor de zorgverzekeraar of de bewerker die hem heeft aangewezen.
De wijzing van het tweede lid van artikel 7.3 is een technische wijziging in verband met de wijziging in artikel 7.1.

Artikel I, onderdeel D
In het eerste lid van artikel 7.4 Rzv is bepaald dat de zorgverzekeraar materiële controle verricht op de wijze zoals bepaald in de artikelen 7.5 tot en met 7.9. In het tweede lid is bepaald dat de zorgaanbieder verplicht is zijn medewerking te verlenen aan de overeenkomstig het eerste lid uitgevoerde materiële controle. Het spreekt voor zich dat deze bepaling aan de opsomming in artikel 7.4, eerste lid, wordt toegevoegd.

De minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Mw.drs. E.I. Schippers